介護保険認定申請取下申請書

大洗町長　様

次のとおり取り下げを申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　　－ |
| 提出代行者（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） | 　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 被保険者氏　　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭年　　月　　日 |
| 住　　所 | 　電話番号**（　　　）　　－** |

(該当する項目に　レ　して下さい)

|  |  |
| --- | --- |
| 取り下げ理由 | □　入院により□　死亡により□　転出により□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |